

Agata Nowakowska-Głąb, Irena Maniecka-Bryła

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Relacje interpersonalne z bliskimi a jakość życia związana ze zdrowiem kobiet ciężarnych¹

Wstęp

Wyniki badań wskazują, że kobiety zamężne w porównaniu z niezamężnymi wykazują się zachowaniami prozdrowotnymi, lepszym zdrowiem psychicznym i dobrostanem emocjonalnym oraz lepiej oceniają swój stan zdrowia i zadowolenie z życia. Badania przeprowadzone w grupie 3633 niezamężnych kobiet w ciąży o niskich dochodach, mieszkających na terenach zurbanizowanych, pokazują, że jakość relacji z ojcem dziecka ma wpływ na zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne. Kobiety, które nie mają dobrych relacji z ojcem dziecka, częściej wykazują symptomy depresji, stresu, częściej używają narkotyków i palą papierosy (Bloch i wsp. 2009: 726).

Długotrwałe odczuwanie silnych emocji: lęku i depresji przez kobiety w ciąży ma negatywny wpływ na funkcjonowanie noworodka i jego rozwój psychofizyczny (Gracka-Tomaszewska 2010: 216; Field, Diego, Hernandez-Reif 2009: 239). Jednym z czynników wpływających na odczuwanie tych emocji jest jakość relacji między małżonkami lub konieczność samotnego wychowywania dziecka (w tym przypadku brakuje kobiecie nie tylko emocjonalnego wsparcia partnera, ale często także finansowego) (Gracka-Tomaszewska 2010: 216). Typowe symptomy depresji (zaburzenia snu, apetytu, uczucie zmęczenia) są często błędnie interpretowane jako

¹ Pracę zrealizowano w ramach tematu statutowego Zakładu Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, nr 503/6-029-07/503-01.

normalne odczucia okresu ciąży, dlatego tylko niewielki odsetek kobiet, których objawy wskazują na depresję dużą², jest z tego powodu leczona w okresie ciąży i po porodzie. Tymczasem depresja poporodowa występuje u ok. 15% kobiet po porodzie, czyniąc ją jedną z najczęściej występujących komplikacji okołoporodowych (Marcus 2009: 15). Zaburzenia lękowe w czasie ciąży powodują częstsze występowanie powikłań porodu, wpływają negatywnie na rozwój płodu, zwiększają prawdopodobieństwo problemów emocjonalnych i behawioralnych u dziecka (Correia, Linhares 2007: 677). Istnieją doniesienia wiążące stres w okresie ciąży z autyzmem dziecka (Kinney i wsp., 2008: 1519).

Istnieje różnica między pojawieniem się pierwszego dziecka w rodzinie a pojawieniem się kolejnego: pierwsze dziecko wiąże się z poważnymi zmianami w życiu rodziców, natomiast zmiany po pojawieniu się kolejnych dzieci nie są tak diametralne. Moore i wsp. (2009: 91) zdefiniowali pojęcie „ryzykownych urodzeń” (*high-risk birth*). Mamy do czynienia z „ryzykownymi urodzinami”, jeśli miały miejsce co najmniej dwa spośród pięciu czynników:

- 1) dziecko urodziło się poza małżeństwem;
- 2) relacja między rodzicami dziecka jest bardzo skonfliktowana;
- 3) relacja między rodzicami dziecka jest nieszcześliwa;
- 4) jest to czwarte lub późniejsze dziecko w rodzinie;
- 5) od urodzenia poprzedniego dziecka upłynął okres krótszy niż 12 miesięcy.

Z badań wynika, że powyższe czynniki są predyktorami późniejszych zaburzeń rozwojowych dziecka. Oprócz czynników socjoekonomicznych (wykształcenie, dochody) na „ryzykowne urodzenia” wpływ mają relacje międzypokoleniowe: ryzyko jest mniejsze, gdy obydwoje rodzice oczekują dziecka (czyli relacje rodzice-dziecko powstają wcześniej i są pozytywne), a także gdy każde z rodziców dziecka mieszkało razem ze swoimi biologicznymi rodzicami do 16. roku życia (następuje wówczas transmisja pozytywnych relacji międzypokoleniowych na kolejne pokolenie).

Relacje międzypokoleniowe rodzą się w okresie płodowym. Muller (cyt. za Alhusen 2008: 315) definiuje więź matki i płodu (*Maternal-Fetal Attachment*, MFA) jako „niepowtarzalną, czułą relację, która rozwija się między matką i jej dzieckiem”. Powstało kilka narzędzi – kwestionariuszy – do pomiaru MFA. Wykazano, że istnieje korelacja między poziomem MFA a psychicznym dobrostanem i zachowaniami zdrowotnymi kobiet ciężarnych. Na powstawanie MFA istotny wpływ ma technologia ultrasonograficzna – okazuje się, że możliwość zobaczenia ruszającego się płodu i jego bijącego serca na ekranie urządzenia USG pozwala łatwiej nawiązać więź z dzieckiem, niż samo wyczuwanie jego ruchów. MFA jest silnie skorelowana z wyższym statusem socjoekonomicznym, z którym wiąże się lepszy dostęp do obszernych badań prenatalnych (USG), stabilne relacje rodzinne, odczuwane wsparcie (Alhusen 2008: 315).

Szczególną uwagę warto zwrócić na badania młodocianych. Ponieważ ciążę wśród nastolatków są w przeważającej mierze niechciane i nieplanowane, nie stanowi to dobrej prognozy dla jakości relacji między matką i dzieckiem. Ciąża nastolatków są często obciążone dużym ryzykiem. Z ciążą u nastolatków najczęściej współwystępują inne

² Depresja duża to wieloobjawowe zaburzenie psychiczne o nieznanym do końca etiologii; znana również jako depresja jednobiegunowa lub endogenna.

czynniki stanowiące zagrożenie dla harmonijnego rozwoju relacji matka-dziecko: niski status socjoekonomiczny, zawodowy, brak samodzielności finansowej i – z uwagi na wiek – niskie wykształcenie (Rycel i wsp. 2008: 867).

W niniejszej pracy zostanie omówiona zależność pomiędzy jakością i siłą relacji między ciężarnymi i osobami z ich otoczenia a jakością życia związaną ze zdrowiem (*Health Related Quality of Life*, HRQL). Liczne narzędzia do oceny HRQL oraz podstawy teoretyczne badań nad HRQL zostały wypracowane w trakcie wielu lat. Możliwe jest dzięki temu ilościowe ujęcie jakości życia związanej ze zdrowiem (Karski 2003: 371), a co za tym idzie, możliwe jest porównywanie różnych procedur medycznych ze względu na ich wpływ na HRQL pacjentów oraz ocena, w jakim stopniu różne czynniki zagrożenia (np. niepełnosprawność, warunki socjoekonomiczne, choroby) na ten miernik wpływają.

Narzędziami do mierzenia HRQL są kwestionariusze samooceny stanu zdrowia badanej osoby. Wśród najbardziej znanych kwestionariuszy do badania HRQL znajdują się SF-36 (*Short Form 36 Health Survey*) i EQ-5D (*EuroQol 5 Dimensions*). Narzędzia te zostały właściwie przebadane, przetłumaczone na wiele języków (w przypadku tłumaczeń przeszły walidację lingwistyczną mającą na celu ustalenie, czy w każdym języku są tak samo rozumiane). Dzięki standaryzacji i możliwości porównywania uzyskanych wyników są szeroko wykorzystywane w licznych badaniach epidemiologicznych, również nad populacją kobiet ciężarnych (Rycel i wsp., 2008: 867; Jansen i wsp., 2007: 579; Shaheen, Lindholm 2006: 128; Torkan i wsp., 2009; Setse i wsp., 2009: 577; Da Costa i wsp., 2006: 95; Jomeen, Martin 2005: 131; Mckee i wsp., 2001: 988).

Koncepcja jakości życia związanej ze zdrowiem jest powiązana z niepełnosprawnością. Niepełnosprawność jest tu traktowana jako trwały lub przejściowy ubytek zdrowia. Tymczasem koncepcje wysokiej jakości życia w naukach społecznych są związane z życiem dającym dużo satysfakcji (Trzebiatowski, 2011: 25). Z uwagi na to, że definicja zdrowia ulegała z czasem stopniowemu poszerzeniu, tak że obecnie aspiruje do objęcia także sfery duchowej (Chuengsatiansup 2002: 3), w przyszłości być może koncepcje jakości życia z nauk społecznych i medycznych ulegną unifikacji.

Celem niniejszej pracy jest: 1. ocena wsparcia udzielanego ciężarnym przez osoby z rodziny z innych pokoleń niż kobiety; 2. ocena zależności jakości życia mierzonej stanem zdrowia a jakością i siłą relacji między kobietami i osobami z ich otoczenia 3. określenie czynników socjoekonomicznych mających wpływ na jakość i siłę tych relacji; 4. ocena przydatności kwestionariusza SSQ w badaniach nad jakością życia związaną ze zdrowiem.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w 2010 r. w grupie 158 pacjentek hospitalizowanych między 17 marca a 19 maja w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, będącej ośrodkiem trzeciego plus stopnia referencyjności oraz wśród 247 kobiet ciężarnych będących pod opieką poradni Ginekologiczno-Położniczej Szpitala im. Rydygiera w Łodzi między 26 maja a 22 grudnia.

Narzędziami badania były cztery kwestionariusze ankiety. Do badania HRQL wykorzystano kwestionariusze SF-36v2 i EQ5D. Pozostałe dane uzyskano za pomocą ankiety socjoekonomicznej i kwestionariusza SSQ.

Kwestionariusz SF-36v2 składa się z 36 pytań. Na podstawie uzyskanych wyników wyliczono następujące podindeksy: ogólna percepcja zdrowia (*General Health*, GH), zmiana percepcji zdrowia w ciągu ostatniego roku (*Reported Health Transition*, HT), sprawność fizyczna (*Physical Functioning*, PF), ograniczenie aktywności spowodowane brakiem zdrowia fizycznego (*Role Limitations Because of Physical Health Problems*, RP), ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych (*Role-Emotional*, RE), funkcjonowanie społeczne (*Social Functioning*, SF), odczuwanie bólu (*Body Pain*, BP), witalność (*Vitality*, VT), zdrowie psychiczne (*Mental Health*, MH) (Ware i wsp., 2007: 54).

Kwestionariusz EQ-5D składa się z pięciu pytań dotyczących: codziennej aktywności, zdolności poruszania się, występowania bólu, samoobsługi, depresji/niepokoju. Przy każdym pytaniu badana kobieta wybierała jedną z trzech dostępnych odpowiedzi: brak problemów, umiarkowane problemy, całkowita niezdolność lub ekstremalne problemy. Osoby badane oznaczały swoje samopoczucie w skali VAS (*Visual Analog Scale*) od 0 do 100, gdzie 0 oznaczało najgorszy wyobrażalny stan zdrowia, a 100 oznaczało najlepszy wyobrażalny stan zdrowia.

Do badania wsparcia, jakie otoczenie daje kobiecie ciężarnej, użyto własnego kwestionariusza ankiety wzorowanego na kwestionariuszu *Social Support Questionnaire* (w wersji skróconej) (Sarason i wsp., 1987: 497). Użyty kwestionariusz jest tłumaczeniem własnym kwestionariusza SSQ z języka angielskiego, jednak z uwagi na brak walidacji lingwistycznej – procedury dającej pewność, że wersja oryginalna i przetłumaczona są tożsame – nie można go uważać za polską wersję SSQ. Kwestionariusz zawiera 6 pytań dotyczących wsparcia w różnych rodzajach sytuacji życiowych. Ankietowana kobieta wypisuje osoby, na które może liczyć w danym obszarze, i ocenia całościowo poziom wsparcia, na które może liczyć (w skali od 1 do 6) w danym obszarze. Uzyskane wyniki pozwalają na wyliczenie dla każdej kobiety, która wypełniła ankietę, podindeksów liczbowych SSQN (*Social Support Questionnaire Number Score*) oraz SSQS (*Social Support Questionnaire Satisfaction Score*). Indeks SSQN odzwierciedla liczbę osób, na które może liczyć badana osoba; indeks ten przyjmuje wartości od 0 do 9. Indeks SSQS odzwierciedla jakość udzielanego kobiecie wsparcia przez otoczenia; indeks ten przyjmuje wartości od 1 do 6. Uzyskane dane pozwalają również obliczyć, jaka część osób, na które mogą liczyć kobiety, są z rodziny, a jaka część spoza niej. W tym celu wyznacza się podindeksy SSQF (*Family Score*) i SSQnF (*non-Family Score*), odzwierciedlające liczbę osób, odpowiednio spokrewnionych lub spowinowaconych oraz niespokrewnionych i niespowinowaconych, na które badana kobieta może liczyć. Z definicji SSQN jest sumą SSQF i SSQnF. Kobiety, wypełniając kwestionariusz SSQ, wypisują osoby z rodziny przez podanie stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa. Umożliwia to wyliczenie, ile kobiet uzyskuje wsparcie od osób z rodziny z innych pokoleń.

Za pomocą kwestionariusza oceny sytuacji socjoekonomicznej (SES – *Socio-Economic Status*) zebrano m.in. dane na temat wykształcenia, wieku, wieku ciążowego (tzn. długości trwania ciąży mierzonej od pierwszego dnia ostatniej miesiączki cię-

zarnej), stanu cywilnego, dochodu na osobę, rodzaju wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania, liczby przebytych ciąż i porodów itp.

Do obliczeń statystycznych użyto pakietu Statistica 9.0. W analizie wariancji użyto F-test Fishera, test post-hoc RIR istotnych różnic Tukeya, test NIR, test jednorodności wariancji Browna-Forsythe'a oraz skategoryzowane wykresy normalności. W przypadku gdy nie były spełnione założenia analizy wariancji, stosowano nieparametryczną analizę wariancji – test Kruskala-Wallisa. Normalność rozkładów cech sprawdzano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Do analizy tabel wielodzielczych użyto testu chi-kwadrat. Do analizy różnic między dwoma grupami oraz określenia istotności współczynnika korelacji liniowej użyto testu t-Studenta.

Wyniki i ich omówienie

Charakterystyka badanej grupy

W skład badanej grupy wchodziło 405 kobiet ciężarnych. Badane kobiety były w wieku od 16 do 44 lat, przy czym 3,7% kobiet nie ukończyło 20 lat; 18,77% było w wieku 20–24 lata; 41,7% w wieku 25–29 lat; 25,2% w wieku 30–34 lata; 8,4% w wieku 35–39 lat; a 1,5% przekroczyło 40 lat. Większość kobiet miało wykształcenie wyższe (44,7%), część średnie (39%), zawodowe (9,1%) i podstawowe (6,2%). Rozkład stanu cywilnego badanych był następujący: 70,1% mężatek, 25,9% panien, 3,2% rozwódek i żadnej wdowy. Przeważająca większość kobiet zamieszkiwała Łódź (72,1%); pozostałe zamieszkiwały inne miasto mające więcej niż 500 tys. mieszkańców (3,5%), miasta od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców (4,9%), miasta do 100 tys. mieszkańców (6,9%) oraz wsie (11,6%). Wśród badanych 38% dysponowało dochodem netto na osobę w rodzinie w wysokości większej niż 1200 zł; 31,4% miało dochód pomiędzy 700 a 1200 zł; 18,8% między 400 a 700 zł; a 6,7% miało dochód na osobę poniżej 400 zł. Prawie połowa kobiet (48,6%) nie pracowała; 34,3% kobiet była na zwolnieniu lekarskim w ciąży ostatnich 4 tygodni przed badaniem; a 15,6% pracowała. Ponad połowa kobiet (54,8%) była w pierwszej ciąży; 31,1% w drugiej ciąży; 11,1% w trzeciej ciąży; a 2,7% miało za sobą już co najmniej trzy ciążę. Większość (62,7%) kobiet nie miało za sobą porodu; 30,9% urodziło już jedno dziecko; 4,7% kobiet urodziło dwoje dzieci; a 1,5% więcej niż dwoje dzieci. Różnica między liczbą ciąż a liczbą porodów wynika z tego, że około 15% potwierdzonych ciąż kończy się samoistnym poronieniem (Bręborowicz 2005: 111), natomiast poród definiuje się jako zakończenie ciąży trwającej 22 ukończonych tygodni lub więcej (par. 1, pkt 2, Dz.U.93.3.13). Większość badanych kobiet (60,2%) była w trzecim trymestrze ciąży; 28,6% kobiet w drugim trymestrze; a 10,6% w pierwszym. Najwięcej było ciąż jedнопłodowych (93,6%); 4,4% bliźniaczych i 0,2% ciąż trojaczych.

Osoby wspierające według pokolenia, do którego należą

Pojęcie pokolenia jest tu używane w znaczeniu antropologicznym – przynależność do tego samego pokolenia utożsamiona jest z przynależnością do tego samego ogniw łańcucha genealogicznego lub równoległego ogniw w ramach rodziny współmałżonka (Szukalski 2002: 12). Najczęściej wymienianą osobą (92,3%), na której wsparcie mogą liczyć kobiety, jest mąż (lub partner życiowy, narzeczon, chłopak, ojciec dziecka, konkubent). Kobiety wymieniają także matkę (75,3%), ojca (41,2%), teściową (19,3%), teścia (10,6%), babcię (6,2%), dziadka (1,5%) oraz ciocię (3,2%). Spora grupa kobiet (6,67%) wymienia swoje dziecko (dzieci, syna, córkę, płód). Inne wymieniane osoby z innych pokoleń niż ciężarna, to bratanica, chrzestna, wujek, ojczym, partner mamy, macocha i siostrzenice. Wśród wskazanych osób było 642 wstępnych, 33 zstępnych oraz 676 z tego samego pokolenia (przy czym w 374 przypadkach był to mąż). Pewna część kobiet (4,4%), wbrew instrukcji kwestionariusza SSQ, napisała ogólnie, że może liczyć na rodzinę, bez wskazywania żadnej konkretnej osoby. Stosowanie powyższego rozumienia pokolenia sprawia, że w przypadku osób spoza rodziny nie było sposobu, by przyporządkować je do pokolenia kobiety lub innych pokoleń, gdyż udzielano odpowiedzi typu przyjaciółka, sąsiadka, szefowa itp.

Kobiety mające wsparcie matki były istotnie statystycznie młodsze niż te, które nie deklarowały wsparcia matki ($p < 0,05$). Młodsze były także ciężarne wspierane przez teściowe ($p < 0,02$) i babcie ($p < 0,001$). Różnice wieku w grupach wspieranych przez ojców, teściów i ciocię nie były istotne statystycznie. Analiza wartości podindeksów SF-36v2 pokazała, że wsparcie matek przekładało się na lepszą ogólną percepcję zdrowia i lepsze zdrowie psychiczne ($p < 0,05$) oraz ocenę sprawności fizycznej ($p < 0,1$). Lepsze zdrowie psychiczne korelowało także z wsparciem teściowych, ojców i ciocię ($p < 0,1$). Kobiety z wyższym wykształceniem deklarowały większe wsparcie rodziców, niż kobiety bez wyższego wykształcenia ($p < 0,1$). Kobiety o dochodach powyżej 1200 zł na osobę odczuwają wsparcie matek w większym stopniu, niż te o dochodach poniżej 1200 zł na osobę ($p < 0,01$). Pierworódki mogły liczyć na większe wsparcie matek ($p < 0,001$) i ojców ($p < 0,05$), niż wieloródki.

Podindeksy SSQ i SF36

Tabela 1. Korelacje między podindeksami SSQ i SF36 ($N = 391$)

Podindeks	GH	HT	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
SSQN	0,17 ¹	-0,04	0,08	-0,01	0,11 ²	0,10 ³	0,08	0,20 ¹	0,25 ¹
SSQS	0,15 ¹	-0,14 ¹	0,06	0,03	0,05	0,10 ²	0,03	0,07	0,12 ²
SSQF	0,16 ¹	-0,06	0,06	0,00	0,06	0,07	0,08	0,16 ¹	0,21 ¹
SSQnF	0,07	0,01	0,05	-0,04	0,13 ¹	0,09 ³	0,03	0,16 ¹	0,17 ¹

Oznaczone wsp. korelacji są istotne ¹ $p < 0,01$; ² $p < 0,05$; ³ $p < 0,1$

Źródło: badania własne.

Między indeksem SSQN a niektórymi podindeksami SF36v2 występowały istotne korelacje liniowe – są one przedstawione w tab. 1. Korelacje te są słabe i dodatnie. Oznacza to, że większym wartościom SSQN odpowiada lepsza ogólna percepcja zdrowia, większa vitalność i mniejsze problemy emocjonalne i psychiczne. Podobne dane uzyskano dla podindeksów SSQF i SSQnF.

Wartości podindeksu SSQS nie miały rozkładu normalnego, co uniemożliwiło ustalenie, czy korelacje między SSQS i SF36v2 są istotne statystycznie.

SSQ i EQ-5D

W kwestionariuszu EQ-5D w kategoriach: zdolność poruszania się, samoobsługa, codzienna aktywność, występowanie bólu, nie było różnic w wartościach SSQN (ANOVA). Natomiast, używając nieparametrycznej analizy wariancji (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,02$), ustalono, że istnieje istotny statystycznie związek między odpowiedziami na pytanie o odczuwanie depresji/lęku i wartościami SSQN. Podobnie między wartościami podindeksu SSQF a odpowiedziami na pytania o depresję/lęk istnieje statystycznie istotny związek ($p = 0,051$). Między SSQnF a EQ-5D nie wykazano żadnych istotnych statystycznie związków.

SSQ i czynniki socjoekonomiczne

Za pomocą procedury jednoczynnikowej analizy wariancji (nieparametryczna ANOVA, gdy nie były spełnione założenia analizy wariancji) badano wpływ wykształcenia, stanu cywilnego, charakteru wykonywanej pracy (umysłowa, fizyczna, brak), dochodu (zagregowanego w przedziałach), oceny sytuacji materialnej, liczby cięż, porodów i osób w rodzinie na SSQN, SSQF i SSQnF. Wartości poziomu istotności dla testu analizy wariancji zostały przedstawione w tab. 2 (braki w tabeli oznaczają, że $p < 0,2$). Porównując kobiety w ciąży jedno płodowej z kobietami w ciąży bliźniaczej, otrzymano, że wartość SSQN u kobiet w ciąży bliźniaczej jest istotnie statystycznie wyższa (test t, $p < 0,01$). Między wiekiem a SSQF występuje ujemna korelacja ($r = -0,14$; $p = 0,006$), podobnie między wiekiem a SSQN ($r = -0,11$; $p = 0,033$).

Istnieje związek między relacjami z bliskimi osobami a sytuacją socjoekonomiczną. Kobiety z wyższym wykształceniem mają więcej osób, na które mogą liczyć, niż kobiety o wykształceniu średnim, podstawowym i zawodowym. Większa liczba osób wspiera osoby wykonujące prace umysłowe, niż pracujących fizycznie i niepracujących. Większy dochód na osobę i lepsza odczuwalna sytuacja materialna są powiązane z liczbą wspierających osób. Liczba wspierających kobietę osób maleje wraz z jej wiekiem, zarówno w rodzinie, jak wśród wszystkich osób, na co wskazuje ujemna korelacja między wiekiem kobiety a SSQF i SSQN.

Okazuje się, że liczba wspierających osób u kobiet, mających już ciążę lub poród za sobą, jest istotnie mniejsza niż u kobiet, które nie były dotąd w ciąży lub nie mają dziecka. Im większa liczba osób w rodzinie, tym mniejsza wartość SSQN, przy czym dokładniejsza analiza (test post-hoc Tukeya) pokazała, że istotna różnica jest tylko

między grupą kobiet, których gospodarstwo domowe składa się z dwóch osób i grupą kobiet, których gospodarstwo domowe składa się z trzech osób. Płyń z tego wniosku, że na zmniejszenie SSQN ma wpływ pojawienie się pierwszego dziecka. Okres po urodzeniu dziecka zdaje się być czasem próby, którego niektóre relacje/znajomości nie są w stanie przetrwać. Pewnym zaskoczeniem jest istotnie większa liczba wspierających kobiety w ciąży bliźniaczej niż pojedynczej.

Tabela 2. Zależności między podindeksami SSQ i czynnikami socjoekonomicznymi ustalone przy użyciu procedury analizy wariancji (ANOVA)

Kategoria	SSQN	SSQF	SSQnF
wykształcenie	$p = 0,053$	—	$p = 0,1026^1$
stan cywilny	$p = 0,122$	$p = 0,087$	—
charakter wykonywanej pracy	$p < 0,01$	$p < 0,05$	—
dochód	$p = 0,019$	$p = 0,053$	—
odczuwalna sytuacja materialna	$p < 0,01$	$p < 0,01$	—
liczba ciąż	$p < 0,01$	$p < 0,05$	—
liczba porodów	$p < 0,01$	$p < 0,01$	—
liczba osób w rodzinie	$p < 0,01$	$p = 0,012$	—

¹ test Kruskala-Wallis

Źródło: badania własne.

Lepsza sytuacja socjoekonomiczna jest związana z większą liczbą wspierających osób, która z kolei jest związana z lepszym zdrowiem psychicznym i samopoczuciem. Jest to zestaw powiązanych ze sobą czynników, między którymi zależności, choć istnieją, nie są przejrzyste.

Podsumowanie

Wsparcie, jakiego udzielają nam bliskie osoby, jest szczególnie ważne w sytuacjach, gdy przeżywamy ciężkie chwile, jesteśmy w sytuacji zależności od innych lub w chorobie. Część z tych negatywnych czynników ma często miejsce w okresie ciąży. Ciąża, zwłaszcza pierwsza, wiąże się z potrzebą przebudowania i przewartościowania swojego życia. Potrzeba rezygnacji z dotychczasowych przyzwyczajeń, dysonans spowodowany różnicą między oczekiwaniami a rzeczywistością, czy niekiedy znalezienie się w obliczu niechcianego macierzyństwa, mogą owocować stresem i niepewnością.

W analizowanej grupie ciężarnych zaobserwowano, że kobiety mogą liczyć najczęściej na swojego męża (lub partnera życiowego, narzeczonego, chłopaka, ojca dziecka, konkubenta). Znaczna liczba kobiet może liczyć na wsparcie swoich rodziców, dziadków, teściów i cioć. Wparcie udzielane jest znacznie częściej przez kobiety (matki, teściowe, babcie, ciocie, siostry, kuzynki itp.), niż mężczyźn (ojców, dziadków, teściów, braci itp.). Kwestionariusz SSQ uwzględnia jedynie wsparcie emocjonalne. Nie pytano o gotowość udzielenia wsparcia na polu ekonomicznym, co być może wielu mężczyźn odbiera jako główną powinność wobec córek i synowych.

Młode kobiety częściej mogą liczyć na wsparcie matek, teściowych i babć. Różnica ta jest szczególnie widoczna w przypadku wsparcia babć – wiek kobiet, które mogą liczyć na wsparcie babć jest istotnie statystycznie niższy, niż wiek kobiet, które nie mogą na takie wsparcie liczyć. Najprawdopodobniej wynika to z faktu, że im starsza jest kobieta, tym szansa, że ma żyjącą i sprawną babcię jest mniejsza. Wsparcie matek, ojców teściowych i cioc poprawia ciężarnym samoocenę zdrowia, w szczególności emocjonalnego. Kobiety lepiej wykształcone i kobiety o wyższych dochodach w mniejszym stopniu potrzebują wsparcia bliskich, niż kobiety gorzej wykształcone i biedniejsze. Różnica we wsparciu rodziców na niekorzyść tych drugich prawdopodobnie odzwierciedla różnice między deklaracjami a faktyczną gotowością udzielenia wsparcia. Może na to wskazywać także większe wsparcie udzielane pierworodkom niż wielorodkom. Rodzicom łatwiej okazywać wsparcie dla córek, które osiągnęły wysoką pozycję społeczną w polu symbolicznym i/lub ekonomicznym. Skali międzypokoleniowej transmisji kapitału kulturowego i ekonomicznego zdaje się odpowiadać siła wsparcia udzielanego przez rodziców.

Uzyskane wyniki dotyczące wsparcia międzypokoleniowego można umieścić w kontekście prywatnych transferów międzypokoleniowych. Przepływy międzypokoleniowe mogą mieć postać transferów materialnych (spadki, dary, pomoc finansowa, pożyczki, wydatki edukacyjne) lub transferów „w naturze” (pomoc w naturze, usługi opiekuńczo-wychowawcze, opieka nad wnukami) (Szukalski 2002: 16). Transfery intergeneracyjne obejmują obok kapitału ekonomicznego także kapitały uczuciowy i społeczny, których częścią jest udzielane dorosłym dzieciom wsparcie. Wzorce pomocy różnią się w zależności od płci kulturowej (*gender*) – kobiety aktywniej angażują się emocjonalnie w interakcje rodzinne, a mężczyźni w tej materii przyjmują postawy bardziej pasywne (Szukalski 2002: 46). Charakter przepływów międzypokoleniowych zależy od zamożności wstępnych – wśród biedniejszych mają częściej postać przepływu czasu, a zamożniejszych przepływów finansowych (Szukalski 2002: 85).

W badaniu analizowano między innymi związek wsparcia, jakie udzielają kobiecie ciężarnej bliskiej jej osoby, a jej sytuacją socjoekonomiczną i jakością życia, związanej ze stanem zdrowia. Zgodnie z hipotezą badawczą większa liczba osób wspierających kobietę w ciąży wiązała się z lepszym samopoczuciem, zdrowiem psychicznym oraz mniejszym niepokojem i lękiem. Istnieje także związek między sytuacją socjoekonomiczną a liczbą osób wspierających ciężarną.

Wsparcie udzielane przez rodziców i teściów przekłada się na lepsze zdrowie psychiczne i emocjonalne kobiety. Ułatwia jej to nawiązanie więzi z płodem i ma prawdopodobnie znaczenie dla jego dobrostanu. Można postawić hipotezę, że wsparcie udzielane przez rodziców i teściów przekłada się na mniejszą liczbę powikłań okołoporodowych, a w szczególności na rozwój depresji poporodowej. Nawiązana więź z płodem, niezakłócona epizodem depresyjnym, zaowocuje w przyszłości lepszymi relacjami z dzieckiem, co przełoży się na jego lepsze funkcjonowanie psychofizyczne i w ostatecznym rozrachunku ugruntuje transmisję wsparcia międzypokoleniowego w rodzinie.

Ankieta SSQ jest ciekawym narzędziem do mierzenia wsparcia udzielanego przez bliskich kobietom w ciąży. Jednak, o ile wymienienie osób, które dają wsparcie nie

było dla kobiet problemem, o tyle problematyczna była ocena siły wsparcia SSQS. Bardzo często bowiem kobiety oceniały wsparcie na wartość maksymalną we wszystkich kategoriach. Trudność także sprawiały kobietom same kategorie wsparcia, których dotyczyły pytania. Kobiety w dużej części w odpowiedzi na wymienione pytania podawały te same osoby. Być może lepsza byłaby wersja kwestionariusza do badań nad kobietami ciężarnymi ograniczona do 2–3 prostych pytań na temat relacji interpersonalnych bez oceny ich siły.

Podziękowania: autorki pracy dziękują kierownikowi Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki prof. dr hab. n. med. Janowi Wilczyńskiemu oraz jego zespołowi za umożliwienie przeprowadzenia badań.

Literatura

- Alhusen J.L. (2008), *A literature update on maternal-fetal attachment*, "Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing", May-Jun; 37(3): 315–28
- Bloch J.R., Webb D.A., Mathews L., Dennis E.F., Bennett I.M., Culhane J.F. (2010), *Beyond marital status: the quality of the mother-father relationship and its influence on reproductive health behaviors and outcomes among unmarried low income pregnant women*, "Matern Child Health J", Sep; 14(5): 726–34
- Bręborowicz G.H. (red.) (2005), *Położnictwo i ginekologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
- Chuengsatiansup K. (2003), *Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, "Environmental Impact Assessment Review", 23(1): 3–15
- Correia L.L., Linhares M.B. (2007), *Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review*, "Revista Latino-Americana de Enfermagem", Jul-Aug; 15(4): 677–83
- Da Costa D., Dritsa M., Rippen N., Lowensteyn I., Khalifé S. (2006), *Health-related quality of life in postpartum depressed women*, "Archives of Women's Mental Health", 9, 95–102
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2009), *Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices*, "Infant Behavior & Development", Jun; 32(3): 239–44
- Gracka-Tomaszewska M. (2010), *Czynniki psychologiczne oddziałujące na dziecko w okresie prenatalnym pozostające w związku z jego niższą wagą urodzeniową*, „Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism”, 16, 3, 216–219
- Jansen A.J., Duvekot J.J., Hop W.C., Essink-Bot M.L., Beckers E.A., Karsdorp V.H., Scherjon S.A., Steegers E.A., van Rhenen D.J. (2007), *New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery*, "Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica", 86, 579–584
- Jomeen J., Martin C.R. (2005) *The factor structure of the SF-36 in early pregnancy*, "Journal of Psychosomatic Research", 59, 131–138
- Karski J.B. (2003), *Konieczność i problemy pomiaru zdrowia pozytywnego*, „Zdrowie Publiczne”, 113, 371–376
- Kinney D.K., Munir K.M., Crowley D.J., Miller A.M. (2008), *Prenatal stress and risk for autism*, "Neuroscience and Biobehavioral Reviews", Oct; 32(8): 1519–32
- Marcus S.M. (2009), *Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – Motherisk Update 2008*, "The Canadian Journal of Clinical Pharmacology", Winter; 16(1): e15–22
- Mckee M.D., Cunningham M., Jankowski K.R., Zayas L. (2001), *Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population*, "Obstetrics Gynecology", 97, 988–993

- Moore K.A., Ryan S., Manlove J., Mincieli L., Schelar E. (2009), *High-Risk Subsequent Births Among Co-Residential Couples: The Role of Fathers, Mothers, and Couples*, "Fathering", Jan 1; 7(1): 91–102
- Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, Dz.U.93.3.13
- Rycel M., Wilczyński J., Sobala W., Nowakowska D. (2008), *Analiza przebiegu ciąży i porodu u nastolatek w latach 2000–2006*, „Ginekologia Polska”, 79(12): 867–8
- Sarason I.G., Sarason B.R., Shearin E.N., Pierce G.R. (1987), *A brief measure of social support: practical and theoretical implications*, "Journal of Social and Personal Relationships", 4: 497–510
- Setse R., Grogan R., Pham L., Cooper L.A., Strobino D., Powe N.R., Nicholson W. (2009), *Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study*, "Maternal and Child Health Journal", 13: 577–587
- Shaheen R., Lindholm L. (2006), *Quality of life among pregnant women with chronic energy deficiency in rural Bangladesh*, "Health Policy", 78: 128–134
- Szukalski P. (2002), *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź
- Torkan B., Parsay S., Lamyian M., Kazemnejad A., Montazeri A. (2009), *Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section*, "BMC Pregnancy and Childbirth", 30, 9: 4
- Trzebiatowski J. (2011), *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health”, 46(1): 25–31
- Ware J.E., Kosinski M., Bjorner J.B. et al. (2007), *User's manual for the SF-36v2 health survey*, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated

Streszczenie

Celem pracy była: 1. ocena wsparcia udzielanego ciężarnym przez osoby z rodziny z innych pokoleń niż kobiety; 2. ocena zależności jakości życia związanej ze stanem zdrowia a jakością i siłą relacji między kobietami i osobami z ich otoczenia 3. określenie czynników socjoekonomicznych mających wpływ na jakość i siłę tych relacji; 4. ocena przydatności kwestionariusza SSQ w badaniach nad jakością życia związaną ze zdrowiem.

Badaniem objęto 405 kobiet ciężarnych. Użyto kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem: EQ-5D i SF-36, kwestionariusza ankiety socjoekonomicznej oraz kwestionariusza SSQ do oceny jakości i siły relacji między kobietą ciężarną i osobami z jej otoczenia.

Kobiety otrzymują wsparcie od członków rodziny z innych niż one pokoleń, głównie od rodziców, teściów, dziadków i cioć. Kobiety mogą liczyć w większym stopniu na wsparcie matek, teściowych, babć i cioć, niż ojców, teściów i dziadków.

Wykazano istnienie istotnych statystycznie zależności między wartościami podindeksów SSQ oraz SF-36 i EQ-5D – większej liczbie osób, na które może liczyć ciężarna, odpowiada lepsza samoocena zdrowia, w szczególności psychicznego i emocjonalnego. Wykazano zależność między pewnymi czynnikami socjoekonomicznymi i liczbą osób, na które może liczyć ciężarna.

Słowa kluczowe: jakość życia, ciąża, relacje interpersonalne, wsparcie bliskich, wsparcie osób z rodziny z innych pokoleń

Health related quality of life of pregnant women and interpersonal relation with people in their environment

Summary

The aim of our study was: 1. to evaluate the social support provided to pregnant women by family members from other generations; 2. to examine the relation between the health related quality of life and the social support provided to pregnant women by people in their environment; 3. to determine social-economic factors which affects that social support; 4. to examine the utility of Saranson SSQ survey in the studies of health related quality of life.

In our study 405 women were investigated. We used two tools to evaluate health related quality of life, namely SF-36 and EQ-5D. Additionally we used socio-economic and SSQ surveys.

Most of women receive the social support from family members from other generations, mainly from parents, parents-in-law, grandparents and aunts. Women receive more social support from mothers, mothers-in-law, grandmothers and aunts, than from fathers, fathers-in-law and grandfathers.

Statistically significant relations between SSQ and SF-36 scores, SSQ and EQ-5D scores were found, namely the number of people in woman's environment who provided her with support and help corresponded to better health self-appraisal, mainly mental and emotional. Statistically significant relations between SSQ and some socio-economic factors were also established.

Keywords: quality of life, pregnancy, interpersonal relations, social support, social support provided by family members from other generations.